

FORM KETERANGAN KESEHATAN

Nama Tertanggung :
Tempat/Tanggal Lahir :
Alamat KTP :

-
1. Apakah nama tersebut di atas benar merupakan pasien dari (Rumah Sakit/Puskesmas/Klinik /Prakter dokterPribadi) mohon disebutkan?

.....

2. Bila Benar, apakah pasien masuk sendiri atau atas Rujukan dari (Rumah sakit/Puskesmas/Klinik/Praktek dokter pribadi)?

.....
.....

3. Jika Masuk Sendiri (UGD/Poli), Sebutkan kapan saja pasien melakukan **Rawat jalan** yang tercatat di **MedicalRecord**

- (Tgl/Bln/Thn).....

Diagnosa.....

Dokter yang merawat.....

- (Tgl/Bln/Thn).....

Diagnosa.....

Dokter yang merawat.....

- (Tgl/Bln/Thn).....

Diagnosa.....

Dokter yang merawat.....

- (Tgl/Bln/Thn).....

Diagnosa.....

Dokter yang merawat.....

Paraf

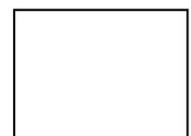
4. Apakah Pernah dilakukan Pemeriksaan Penunjang Diagnosa? Bila Pernah Pemeriksaan apa Saja yang dilakukan ?

- (Tgl/Bln/Thn).....
Indikasi.....
- Tgl/Bln/Thn).....
Indikasi.....
- Tgl/Bln/Thn).....
Indikasi.....
- (Tgl/Bln/Thn).....
Indikasi.....
- Tgl/Bln/Thn).....
Indikasi.....

5. Apakah Pernah di lakukan **Rawat Inap**? Kapan saja? Dokter yang Merawat? Mohon disebutkan:

- (Tgl/Bln/Thn).....
Diagnosa.....
Dokter yang merawat.....
- (Tgl/Bln/Thn).....
Diagnosa.....
Dokter yang merawat.....
- (Tgl/Bln/Thn).....
Diagnosa.....
Dokter yang merawat.....

Paraf



6. Terapi apakah yang Pernah di berikan sesuai Diagnosa Tersebut ? Mohon disebutkan

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

7. Apakah Pasien Memiliki Riwayat Penyakit lain/Diagnosa tambahan/Pemeriksaan Penunjang /Tindakan lain yang belum disebutkan? Bila Pernah, Kapan saja dilakukan?

1.....Sejak (Tgl/bln/th).....

2.....sejak (Tgl/bln/th).....

3.....Sejak (Tgl/bln/th).....

Demikian kami sampaikan, Terimakasih atas Perhatian dan kerjasamanya

.....20...

Mengetahui,

.....
Tanda tangan, nama jelas, stempel RS / Klinik, No. SIP dokter